

IL BAMBINO CON ARTRITE A SCUOLA

Informazioni e consigli



A.P.M.A.R.

Associazione Persone con Malattie Reumatiche

Prefazione degli autori

Questo libretto è stato realizzato per dar voce alle esigenze dei bambini affetti da artrite idiopatica giovanile ed aiutare gli insegnanti a non trovarsi impreparati quando la realtà di queste malattie si affaccia tra i banchi di scuola.

Alcune note tristi esprimono l'imprevedibilità di questa malattia, la sofferenza legata ai sintomi e ai trattamenti, i possibili disagi nella vita di ogni giorno del bambino.

Le note allegre riguardano l'ottimismo che deriva dalle possibilità di cura, dal ritorno alla normalità quotidiana, al gioco, allo sport, alla scuola.

Proprio nell'ambito scolastico si è concentrato l'interesse di questa iniziativa, condivisa con i genitori dei bambini e promossa dall'Associazione Persone con Malattie Reumatiche (APMAR) attivamente impegnata nel sostegno delle famiglie e nella promozione della crescita del settore reumatologico pediatrico.

Il libretto è strutturato al fine del raggiungimento di due importanti obiettivi:

- **fornire informazioni a dirigenti, insegnanti e personale scolastico sulle principali caratteristiche della malattia che, per la sua rarità, è poco conosciuta;**
- **instaurare un dialogo tra medico, famiglia, insegnanti per superare insieme i possibili disagi del bambino e sostenerlo nel percorso di sviluppo, in cui la scuola svolge un ruolo insostituibile non solo sul piano didattico, ma anche di crescita psicologica e sociale.**

Questo sforzo dell'APMAR costituisce un contributo al miglioramento globale dell'assistenza al bambino affetto da artrite idiopatica giovanile, considerando come obiettivo finale la migliore qualità di vita possibile.

INDICE

INFORMAZIONI SULL'ARTRITE IDIOPATICA GIOVANILE

L'artrite puo' colpire anche i bambini?

Quali sono le cause dell'artrite nei bambini?

L'artrite idiopatica giovanile è una malattia frequente? Puo' essere ereditaria?

Quando si deve sospettare un'artrite idiopatica giovanile?

Cosa si deve fare se si sospetta un'artrite in un bambino?

L'artrite idiopatica giovanile puo' guarire?

Come si cura l'artrite idiopatica giovanile?

IL BAMBINO CON ARTRITE IDIOPATICA GIOVANILE A SCUOLA

Quali bisogni e quali possibili risposte

ASPETTI PSICOLOGICI

Quali aspetti sono implicati nello sviluppo psicologico del bambino affetto da patologie reumatiche croniche?

Quale dovrebbe essere il ruolo della famiglia e della scuola nell'accettazione della patologia?

Cosa possono fare gli adulti per sostenere il percorso psicologico del bambino?

INFORMAZIONI SULL'ARTRITE IDIOPATICA GIOVANILE

L'artrite puo' colpire anche i bambini?

L'artrite è spesso considerata un problema dell'adulto o dell'anziano, invece **anche i bambini possono esserne colpiti in qualunque fascia di età.**

Quando cio' avviene una o piu' articolazioni vanno incontro ad un processo di “infiammazione” che si evidenzia attraverso tipici segni e sintomi:



tumefazione articolare

piu' facilmente osservabile quando il coinvolgimento è asimmetrico confrontando l'articolazione colpita che appare piu' gonfia rispetto a quella sana

dolore articolare

che puo' essere scatenato dal movimento o dalla pressione sull'articolazione

limitazione nei movimenti articolari

il bambino ha difficoltà nel compiere i normali movimenti e l'articolazione colpita puo' assumere un

atteggiamento in flessione

rigidità mattutina

rigidità e difficoltà nei movimenti articolari più evidente al mattino o dopo periodi prolungati di immobilità

calore al termotatto

a livello dell'articolazione colpita la cute può essere più calda

iperemia cutanea

in alcuni casi compare rossore cutaneo a livello dell'articolazione

Questi segnali non sempre sono tutti presenti e la diagnosi può essere difficile soprattutto nei bambini piccoli o nei casi con scarsa sintomatologia.

D'altra parte **non sempre il dolore articolare indica la presenza di artrite.**

Se non sono presenti altri segni di infiammazione, il dolore isolato viene indicato come "artralgia", evento molto più frequente nei bambini rispetto all'artrite e generalmente legato a cause transitorie e benigne.

Quali sono le cause dell'artrite nei bambini?

Ci sono diverse cause che possono portare ad un'artrite: molte di queste hanno un andamento transitorio con possibilità di una completa guarigione, come ad esempio le artriti correlate a traumi o a infezioni.

Altre malattie che determinano l'artrite sono più gravi, come nel caso di malattie della coagulazione che causano sanguinamenti all'interno dell'articolazione o malattie tumorali.

Esiste un gruppo di artriti in cui la causa è sconosciuta e l'infiammazione articolare è in genere persistente per lunghi periodi e può avere un carattere ricorrente. Tra queste artriti ad andamento cronico la più comune è **l'artrite idiopatica giovanile**. Sotto questo termine si raggruppano sette forme cliniche distinte, delle quali le più frequenti sono:

Artrite idiopatica giovanile pauciarticolare

È la forma più frequente, colpisce meno di cinque articolazioni nei primi sei mesi di malattia, nella maggior parte dei casi compare in bambini piccoli, tra uno e tre anni di età, ed è più frequente nelle femmine. In questa forma gli esami del sangue dimostrano una frequente positività degli anticorpi antinucleari (ANA) che si associano al rischio di sviluppare una complicanza a carico dell'occhio chiamata **iridociclite cronica** che si sviluppa nel 20-30% dei casi e può comparire anche negli anni successivi alla diagnosi. L'interessamento dell'occhio può causare danni molto severi con compromissione della vista se non adeguatamente diagnosticato e trattato, per tale motivo i bambini devono essere sottoposti a visite oculistiche con lampada a fessura periodiche per diversi anni.

Artrite idiopatica giovanile poliarticolare

Colpisce cinque o più articolazioni nei primi sei mesi di malattia. In base al risultato di un esame del sangue chiamato "fattore reumatoide" si distingue una forma caratterizzata dalla presenza di tale fattore che colpisce in genere le bambine nella tarda infanzia e nell'adolescenza ed è simile all'artrite dell'adulto, ed una forma in cui tale fattore è assente e si manifesta con due picchi di maggiore frequenza, uno nell'età tra 2 e 4 anni e l'altro nell'età tra 6 e 12 anni, sempre con maggiore frequenza nelle femmine.

Artrite idiopatica giovanile sistemica

Questa forma si presenta in tutte le età con frequenza uguale nei maschi e nelle femmine. E' caratterizzata oltre che dalla presenza di artrite da una febbre a carattere persistente per più settimane associata ad altre manifestazioni come eruzioni cutanee, ingrossamento dei linfonodi, aumento del volume della milza e del fegato e altre possibili complicanze.

L'artrite idiopatica giovanile è una malattia frequente?

Puo' essere ereditaria?

L'artrite idiopatica giovanile è una malattia rara, non ha un carattere ereditario e presenta caratteristiche e decorso differenti rispetto all'artrite dell'adulto.

I dati sulla sua frequenza sono molto variabili. Considerando una media dei dati riportati negli studi epidemiologici, possiamo stimare in maniera approssimativa che ci sia un bambino affetto da artrite idiopatica giovanile ogni 1000 bambini di età compresa tra 0 e 16 anni e che ogni anno ci sia un nuovo caso di questa malattia ogni 10.000 bambini.

Alcuni studi condotti nelle scuole hanno evidenziato una frequenza superiore a quanto ci si aspettava dai dati epidemiologici per la presenza di un discreto numero di bambini in cui la malattia era presente, ma non era stata diagnosticata.

Quando si deve sospettare un'artrite idiopatica giovanile?

In molti casi di artrite idiopatica giovanile sono inizialmente interessate una o più articolazioni degli arti inferiori e questo in genere determina una **difficoltà nella deambulazione o zoppia**. Un elemento molto sospetto per artrite idiopatica giovanile è il netto **peggioramento di questa difficoltà al mattino al risveglio** (rigidità mattutina) con miglioramento nelle ore successive, dopo che il bambino inizia a muoversi. Nel caso in cui siano coinvolte le articolazioni degli arti superiori il bambino avrà una maggiore **difficoltà a manipolare gli oggetti, a giocare o a scrivere** nelle prime ore del mattino.



Non sempre i bambini con artrite idiopatica giovanile riferiscono dolore articolare, il sospetto può quindi essere difficile, soprattutto nei bambini più piccoli, ed è necessario considerare altri elementi di allarme come:

- **modifica di alcuni comportamenti**, ad esempio irritabilità, disturbi del sonno e dell'alimentazione;
- **regressione di alcune funzioni**, ad esempio bambini che avevano iniziato a camminare e

smettono di farlo o ritornano a gattonare.

La presenza di una tumefazione dell'articolazione, anche in caso di scarsi sintomi riferiti dal bambino, **merita sempre un'attenta valutazione medica**.

Cosa si deve fare se si sospetta un'artrite in un bambino?

Per arrivare a una diagnosi corretta è importante riferire in maniera più completa possibile tutti i sintomi osservati al Pediatra o al Medico Curante.

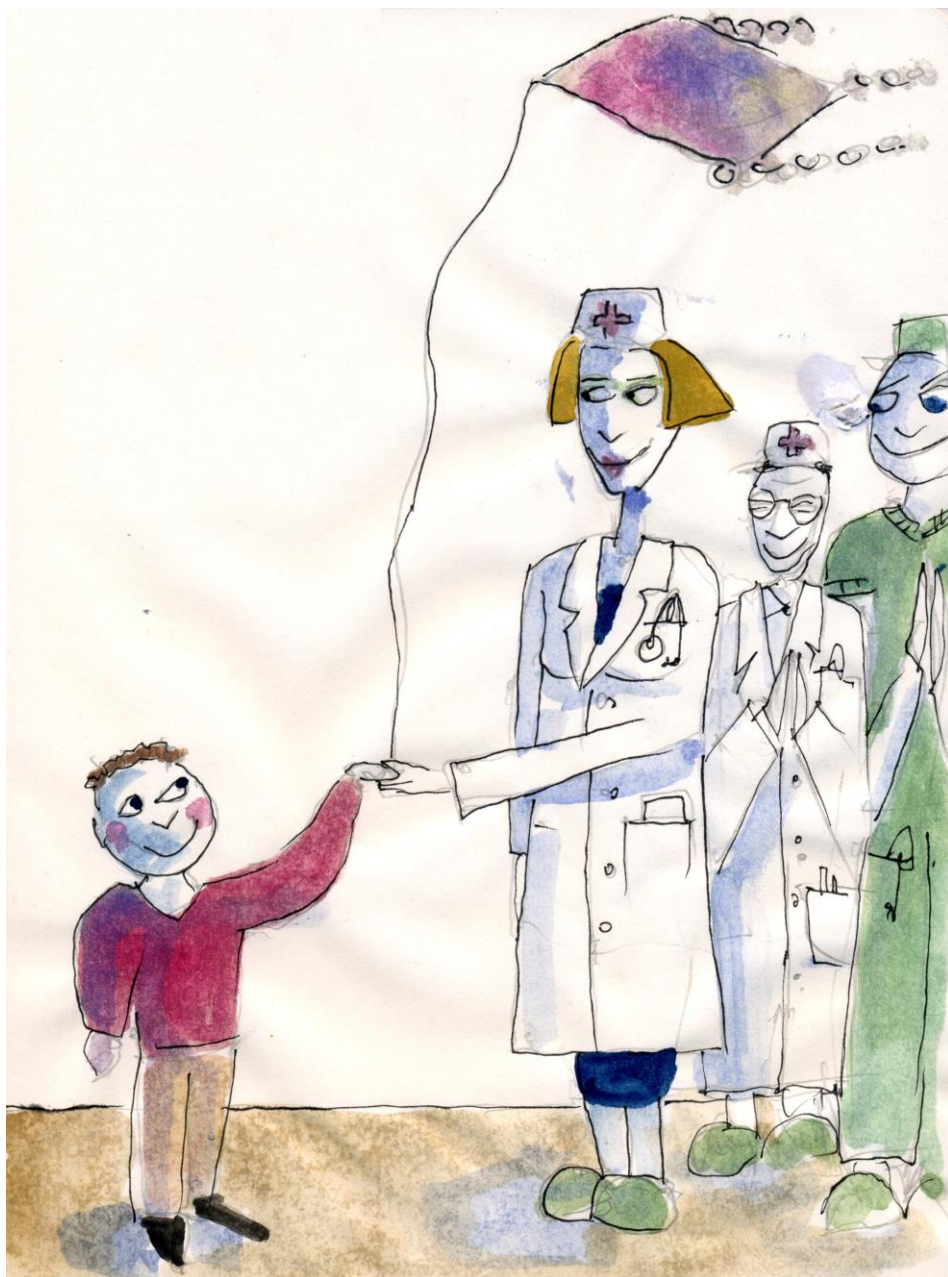
I bambini con sospetta artrite idiopatica giovanile devono essere indirizzati verso Centri specializzati nella diagnosi e nella cura delle malattie reumatiche pediatriche. Esiste una rete internazionale di Centri di ricerca dedicati a tale settore denominata

PRINTO (Pediatric Rheumatology International Trials Organisation). Tale rete comprende diversi Centri in Italia e tramite il sito web offre informazioni alle famiglie oltre che ai professionisti (www.printo.it).

Presso questi Centri si definisce la diagnosi, si imposta il

trattamento e si riaffida il bambino alle cure del Pediatra o del Medico Curante. Periodicamente il bambino tornerà nel Centro di riferimento per una valutazione dell'andamento della malattia, degli eventuali effetti collaterali dei farmaci che assume e per altre valutazioni specialistiche, come la valutazione oculistica per lo screening dell'iridociclite che può insorgere senza dare alcun disturbo evidente.

Durante il percorso di cura è necessaria la **collaborazione di più specialisti del Centro (reumatologo pediatrico, radiologo, oculista, ortopedico, fisiatra, fisioterapista, psicologo)** per affrontare i vari aspetti della malattia ed un coinvolgimento attivo del **Pediatra** o del **Medico Curante** e dei servizi territoriali per garantire la continuità assistenziale al bambino e alla famiglia.



L'artrite idiopatica giovanile puo' guarire?

Non esiste una terapia specifica in grado di guarire definitivamente l'artrite idiopatica giovanile, ma esistono terapie mediche che consentono nella maggior parte dei casi un buon controllo delle manifestazioni della malattia.

L'obiettivo del percorso di cura di un bambino affetto da artrite idiopatica giovanile è quello di **ottenere la risoluzione dell'artrite** (remissione) e **prevenire i danni articolari e le altre possibili complicanze** come quelle oculari, in modo da consentire la ripresa delle normali attività quotidiane come il gioco, lo sport e la scuola.

In generale oltre la metà dei pazienti ottiene nel tempo una remissione dell'artrite, ma è possibile che anche dopo lunghi periodi di benessere si verifichino riattivazioni della malattia. Grazie al progresso compiuto nella cura di queste malattie, è oggi possibile evitare, nella maggior parte dei casi, danni irreversibili a carico delle articolazioni e degli arti. In mancanza di

un'adeguata terapia, infatti, l'infiammazione cronica dell'articolazione puo' causare deformità articolare permanente, asimmetrie degli arti, alterazione dei capi ossei con grave limitazione del movimento articolare. E' quindi molto importante stabilire precocemente una diagnosi corretta e avviare le cure appropriate.



Come si cura l'artrite idiopatica giovanile?

Vi sono diversi farmaci oggi a disposizione per la cura dei bambini affetti da questa patologia. La terapia è impostata in base alle caratteristiche con cui la malattia si presenta; nel corso del tempo si possono rendere necessari trattamenti differenti in base all'evoluzione più o meno favorevole della malattia e alla tolleranza delle terapie.

Oltre alle **terapie farmacologiche** è previsto un **programma fisioterapico**, per quanto possibile sotto forma di gioco e con esercizi semplici da eseguire anche a domicilio, per favorire il recupero dei corretti movimenti articolari e del tono muscolare.

La terapia dell'interessamento oculare deve essere affidata a oculisti esperti e nella maggior parte dei casi si realizza con colliri specifici.

Le principali armi farmacologiche oggi a disposizione comprendono:

farmaci antinfiammatori non steroidei

Si utilizzano per ottenere un controllo dei sintomi (dolore, rigidità), ma non cambiano il decorso della malattia. Per i bambini più piccoli vengono scelte le formulazioni più maneggevoli (sciroppo, bustine) e tra i vari antinfiammatori viene data la preferenza a quelli dotati di minore tossicità. Il fenomeno dell'intolleranza gastrica è raro nei bambini e si previene assicurando l'assunzione del farmaco a stomaco pieno ed associando, in alcuni casi, farmaci gastro-protettori.

Farmaci steroidei sistemici

Il cortisone somministrato per via orale o per via endovenosa ha una potente azione antinfiammatoria, ma gli effetti collaterali nel caso di uso prolungato sono molto rilevanti nei bambini (ad esempio rallentamento della crescita, aumento del peso, riduzione del tono di calcio nelle ossa). Per tale motivo il loro uso è sempre più limitato ai casi che richiedono un rapido controllo dell'infiammazione, come alcune forme sistemiche severe, o per brevi periodi in artriti poliarticolari non controllate, in attesa che altri farmaci ad azione più lenta facciano il loro effetto.

Infiltrazione intra-articolare di steroidi

I farmaci steroidei possono essere infiltrati direttamente nell'articolazione colpita con un rapido controllo dell'infiammazione e senza lo svantaggio degli effetti collaterali collegati alla

somministrazione sistemica. Tra i farmaci steroidei si preferisce il triamcinolone esacetone che ha il vantaggio di una lunga durata di azione per molti mesi. L'infiltrazione può essere eseguita contemporaneamente in più articolazioni colpite, utilizzando tecniche di analgesia e sedazione del bambino.

Farmaci di secondo livello

Si tratta di farmaci che hanno la caratteristica di poter modificare il decorso dell'artrite idiopatica giovanile, riducendo l'attività della malattia. L'azione di questi farmaci si manifesta lentamente e devono essere assunti per lungo tempo. In genere si utilizzano quando la malattia tende a colpire molte articolazioni (artrite poliarticolare), o in caso di inefficacia o ricaduta dopo la terapia iniziale con farmaci antinfiammatori e infiltrazioni di steroidi.

Tra i farmaci di questa categoria, il più utilizzato è il **methotrexate** che è somministrato per via orale o sottocutanea a bassi dosaggi una volta alla settimana. È un farmaco generalmente ben tollerato, ma richiede un controllo periodico degli esami del sangue per la possibile comparsa di alterazioni come un aumento delle transaminasi per fenomeni di tossicità sul fegato. I bambini che assumono questo farmaco possono presentare nausea o vomito e altri disturbi come cefalea e irritabilità.

Per i bambini che presentano artriti severe che non rispondono ai trattamenti, esistono oggi delle promettenti possibilità di cura grazie all'introduzione di un gruppo di farmaci denominati “**farmaci biologici**” che hanno la caratteristica di bloccare in maniera specifica i meccanismi che causano l'infiammazione. Non si tratta però di alternative ai farmaci tradizionali, poiché non sono completamente chiariti i possibili effetti collaterali a lungo termine nell'età pediatrica.

IL BAMBINO CON ARTRITE IDIOPATICA GIOVANILE A SCUOLA

Quali bisogni e quali possibili risposte

Nel percorso di sviluppo di un bambino la scuola svolge un ruolo fondamentale.

La diagnosi di una malattia cronica come l'artrite idiopatica giovanile comporta per il bambino e per la sua famiglia una serie di disagi correlati all'incertezza dell'evoluzione, la necessità di cure protratte nel tempo, gli effetti collaterali dei trattamenti, le possibili ripercussioni fisiche, psicologiche e sociali.

Per aiutare il bambino affetto da artrite idiopatica giovanile a superare i possibili disagi in ambito scolastico è sicuramente utile un coinvolgimento e una corretta informazione del dirigente scolastico e delle insegnanti.

Il medico e i genitori devono fornire agli insegnanti le notizie necessarie per comprendere gli aspetti generali della patologia ed eventuali provvedimenti specifici da adottare in ambito scolastico in funzione delle necessità del singolo caso.

E' utile ad esempio che l'insegnante sia a conoscenza dei possibili effetti collaterali delle terapie assunte dal bambino e, in caso di necessità, dare la possibilità o aiutare l'alunno ad assumere, durante le ore di lezione, i farmaci prescritti. La famiglia avrà la premura di consegnare una prescrizione medica dettagliata, per l'autorizzazione nella somministrazione dei farmaci, al Dirigente scolastico o ai docenti.

Devono inoltre essere chiare eventuali limitazioni per quanto riguarda l'attività sportiva o provvedimenti utili per migliorare eventuali disturbi del bambino durante le ore di lezione.

Nella maggior parte dei casi, visto il buon controllo della malattia grazie alle attuali cure, non vi sarà necessità di piani didattici individualizzati.

In alcuni fasi di attività malattia o nelle forme più severe, come le artriti sistemiche, potranno esserci maggiori disagi per le ripetute assenze scolastiche e la necessità di ingresso posticipato a causa del peggioramento dei sintomi nelle prime ore del mattino.

Sarà comunque fondamentale una **comunicazione costante tra pediatra curante, famiglia e insegnanti** nell'obiettivo comune di operare per il successo del bambino o ragazzo in ambito scolastico e per garantire un'integrazione in classe, evitando ogni forma di isolamento ed emarginazione.

La comunicazione dovrà sfruttare i vari canali possibili:

- attraverso **colloqui con i genitori** previsti nel piano scolastico o con incontri aggiuntivi dedicati e pianificati
- tramite **relazioni mediche o lettere informative** che contengano le notizie sulla malattia e su eventuali provvedimenti specifici da adottare in ambito scolastico
- con il supporto di **canali informatici** o altre vie di comunicazione, fornendo alla scuola i recapiti del Centro che assiste il bambino che potrà essere consultato in caso di necessità.



Alcuni semplici consigli possono essere così schematizzati:

DIFFICOLTÀ/BISOGNI	INTERVENTI ADEGUATI
Dolore nei movimenti, rigidità articolare	Intervallare le ore di lezione con momenti dedicati al movimento o a semplici esercizi fisici come lo “stretching” per evitare l’immobilità protratta delle articolazioni; sarebbe utile estendere l’abitudine all’intero gruppo- classe che potrà trarne benefici. Fornire banchi appropriati che consentano spazio sufficiente per i movimenti degli arti inferiori.

Difficoltà nella scrittura	Integrazione con mezzi alternativi (computer, lavagna multimediale)
Minore resistenza alla fatica, difficoltà nell'attività sportiva	L'attività sportiva è consentita e deve essere incoraggiata in tutti i bambini con buon controllo dell'artrite. Nelle fasi di attività dell'artrite evitare sport che possono determinare traumi ripetuti sulle articolazioni interessate (es. pallavolo in artrite dei polsi) e individualizzare il programma di attività fisica in base alla resistenza e alle caratteristiche del bambino, con esercizi appropriati indicati dal Centro reumatologico.
Assunzione di farmaci	Somministrazione concordata e certificata dal medico. (in alcune Regioni l'assunzione di farmaci a scuola è normata da legge regionale) Spuntini consentiti in caso di assunzione di farmaci a stomaco pieno.
Disturbi del comportamento, irritabilità, aggressività	Mantenere un atteggiamento positivo e comprensivo, analizzare le difficoltà incontrate nel contesto della malattia e cercare di trovare le soluzioni opportune nella specificità di ogni singola situazione.
Difficoltà nello svolgimento del programma didattico per assenze e ritardi	Solo se necessario individualizzare il programma didattico, concedere tempi di recupero, facilitare la trasmissione alla famiglia delle attività didattiche perse e dei compiti arretrati.
Isolamento e sensazione di "diversità" rispetto ai compagni	Agire nel rispetto della sensibilità e dei desideri di ogni bambino, rendendolo partecipe con informazioni adeguate alla sua età; cercare la risoluzione ai problemi che si possono presentare con il buon senso e con scelte condivise e concordate con la famiglia.



ASPETTI PSICOLOGICI

Quali aspetti sono implicati nello sviluppo psicologico del bambino affetto da patologie reumatiche croniche?

La patologia cronica costituisce un evento ad alto impatto psicologico, che può modificare lo stato psicofisico del bambino coinvolto, in quanto si determinano cambiamenti, che coinvolgono il soggetto nella sua globalità, interessando sia il piano fisico che quello psicologico e sociale.

Quando l'equilibrio tra individuo ed ambiente è alterato a causa dell'insorgere della patologia a quel punto si manifesta il disagio psicologico, che è spesso determinato da una serie di fattori che appartengono al bambino e alla famiglia:

- Senso di inadeguatezza rispetto all'ambiente ed alle aspirazioni personali
- Necessità di rivedere gli obiettivi di vita e gli stili esistenziali precedenti l'insorgere della malattia.
- Mancanza di punti di riferimento in grado di orientare positivamente la vita.

Spesso conseguenza diretta dei fattori succitati è il manifestarsi di episodi di *ansia* e *depressione* in bambini affetti da patologie reumatiche invalidanti. Riesce difficile immaginare un bambino ansioso o ancor più depresso in quanto, nell'immaginario comune sono psico-patologie appartenenti al mondo degli adulti. In realtà anche i bambini vivono sentimenti di inadeguatezza e di preoccupazioni eccessive fino a manifestare un vero e proprio disagio psicologico. Al contrario degli adulti, i bambini non possono verbalizzare il malessere, in quanto non possiedono ancora una buona capacità di comunicare e verbalizzare le emozioni, espresse, tuttavia, mediante il comportamento.

Nel bambino affetto da patologie croniche è possibile trovare associati sintomi ansioso-depressivi, come:

- Fenomeni di enuresi notturna (fare la pipì a letto)
- Agitazione psico-motoria
- Disturbi del sonno (incubi e risvegli notturni frequenti)
- Frequenti episodi conflittuali con gli adulti, gli insegnanti o i coetanei
- Evitamento delle situazioni sociali ed interattive
- Apatia
- Scarso interesse per le attività didattiche e di gruppo

Quale dovrebbe essere il ruolo della famiglia e della scuola nell'accettazione della patologia?

Un ruolo fondamentale nell'accettazione della patologia è svolto dalla famiglia del bambino, in particolare dal sistema di significati attribuiti alla malattia dalla famiglia stessa e dalla capacità della stessa di affrontare ed adattarsi a situazioni nuove molto difficili.

Il momento della diagnosi di una patologia cronica spesso rimette in discussione il concetto di salute fino a quel momento appreso, rimodellandolo e riadattandolo alla nuova situazione; in famiglia è spesso causa di disorientamento, scoraggiamento, e di forti emozioni come la paura per il futuro, l'ansia e talvolta sentimenti di impotenza.

Risultano indispensabili una serie di accorgimenti, funzionali al perseguimento reattivo e positivo nei confronti della patologia da parte dei soggetti interessati. In particolare la famiglia e la scuola dovranno interagire per assicurare un clima relazionale positivo nei luoghi deputati allo sviluppo e alla maturazione psico-sociale del soggetto interessato. Genitori ed insegnanti, consapevoli delle problematiche da affrontare, devono favorire lo sviluppo positivo del bambino, evitando atteggiamenti iper-protettivi che potrebbero far scaturire sensi di inadeguatezza o peggio ancora di passiva rassegnazione rispetto alla gravità del problema.

Molti bambini soffrono e si sentono colpevoli per il dolore che la loro malattia arreca ai genitori,

per questo le figure di riferimento dovranno mantenere un atteggiamento positivo di fiducia nei confronti del presente e del futuro. Come? Incoraggiando il bambino a riadattarsi ad un nuovo ambiente, ricalibrando la sua autonomia alle nuove situazioni, non sostituendosi a lui, ma offrendogli nuovi strumenti fisici ed emotivi, incoraggiandolo a partecipare ai giochi e alle attività dei suoi coetanei, a praticare attività sportive di gruppo per favorire l'integrazione sociale con i coetanei.

A scuola:

- gli insegnanti e i compagni di scuola andranno informati ed educati riguardo al problema del bambino e bisognerà ottenere la loro consapevole collaborazione.
- In alcuni casi i periodi di assenza possono essere frequenti, in questo caso bisognerà organizzare l'istruzione a domicilio, di concerto con gli operatori scolastici di riferimento.

Cosa possono fare gli adulti per sostenere il percorso psicologico del bambino?

La funzione degli adulti (genitori, insegnanti ed educatori) è quella di mediare i vissuti del bambino molto piccolo, informandolo sulle cure e sul decorso della patologia, in modo che il bambino acquisti una più definita consapevolezza del suo stato. Inoltre egli potrà cogliere adeguatamente le spiegazioni fornitegli in merito alle cure e al decorso della malattia e rapportare più serenamente gli effetti fisici della patologia che lo coinvolge alla sua immagine corporea. La raggiunta consapevolezza favorisce l'abbassamento del livello di ansia e consente di valutare la malattia come indipendente dalle sue azioni e responsabilità.

Nel momento in cui il bambino riuscirà ad adattarsi alla nuova situazione è importantissimo che gli adulti riescano a riconoscere la sua fatica, il suo sconforto, senza ignorarne gli sforzi, ma gratificandoli.

Laddove il supporto degli adulti non sia sufficiente a ristabilire un clima psicologico positivo, sarà necessario chiedere l'aiuto e la consulenza di uno specialista psicoterapeuta

APMAR desidera ringraziare

Per i testi

Adele Civino

Pediatra – U.O. di Pediatria

A.O. “Card. G. Panico” - Tricase (LE)

Linea di attività di reumatologia e oncoematologia pediatrica

Gilda Panzera

Insegnante

Scuola statale primaria “E. De Amicis” - Lecce

Silvia Taccone

Psicologa - Psicoterapeuta cognitivo comportamentale - Lecce

Per i disegni

Salvatore Santuccio

Professore associato di disegno

Scuola di architettura e design di Ascoli Piceno